

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR:
ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO**

Joana Branco de Carvalho Braga Maia

Orientador:

Prof. Doutor Humberto Machado

Porto 2017

“Medical emergencies arise in the home, community, hospital wards, and clinics. All physicians should be capable of handling unexpected emergencies until the patient can receive definitive care. (...) The specialty of EM provides unique expertise in several areas that are not taught elsewhere in the undergraduate curriculum.”

(Coates, 2004)

Resumo:

A Medicina de Emergência é uma área médica baseada no conhecimento e no desenvolvimento de aptidões necessárias para, em tempo oportuno, reconhecer, prevenir, tratar e referenciar um variado leque de doenças e lesões que, de modo urgente ou emergente, podem afetar doentes de todas as faixas etárias. Em Portugal, a Emergência Médica pré-hospitalar é coordenada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Como complemento da minha formação académica, realizei um Estágio de Observação em Emergência Pré-Hospitalar na Delegação Norte do INEM. Este teve como principais objetivos: compreender a estrutura organizativa e logística do INEM; conhecer o trabalho desenvolvido pelos diferentes profissionais e tomar consciência da importância do trabalho em equipa; identificar e aprender a agir nas principais situações urgentes e emergentes; familiarizar-me com os protocolos de atuação mais frequentes e aplicar os algoritmos de Suporte Básico e de Suporte Avançado de Vida. O estágio teve uma duração total de 81 horas, distribuídas por 3 meios INEM: Ambulância de Emergência Médica (AEM Porto 4), Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV Gondomar) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER Hospital de Santo António). Incluiu ainda um turno de 3 horas no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). No total, tive a oportunidade de participar em 32 ativações, incluindo 26 motivadas por doença súbita e 4 por trauma. Todos os objetivos inicialmente propostos foram alcançados. Ao permitir-me contactar diretamente com uma área da medicina que me desperta enorme interesse, este estágio constituiu uma oportunidade única, valiosa, de aprendizagem e de treino.

Abstract:

Emergency Medicine is a medical area based on the knowledge and development of the skills needed to recognize, prevent, treat and refer a wide range of diseases and injuries that, in an urgent or emerging way, can affect patients of all ages. In Portugal, the pre-hospital medical care is coordinated by the National Institute of Medical Emergency (INEM). As a complement to my academic training, I completed a Pre-Hospital Emergency Medicine Observation Internship headquartered at INEM's North Delegation. The internship main objectives were: to understand the organizational and logistical structure of INEM; to witness the type of work carried out by the different professionals and realize the importance of team work; to identify and acquire skills to deal with urgent and emergent situations, to get familiar with the most common action protocols and to apply basic and advanced life support algorithms. It was a 81 hours internship, distributed by 3 INEM resources: Emergency Ambulance (AEM Porto 4), Immediate Life Support Ambulance (SIV Gondomar) and Medical Emergency and Resuscitation Vehicle (VMER Hospital de Santo António). It also included a 3 hours shift at the Urgent Patient Orientation Center (CODU). In total, I had the opportunity to witness 32 activations, including 26 due to sudden illness and 4 due to trauma. All the main goals have been fulfilled. By allowing me to contact directly with an area of medicine that deeply interests me, this internship offered me a unique learning opportunity and valuable training.

Agradecimentos:

Ao meu orientador, Prof. Doutor Humberto Machado, por todo o acompanhamento e incentivo dado ao longo da elaboração deste trabalho.

A todos os profissionais do INEM com que me cruzei neste estágio e que me fizeram sentir parte da equipa.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.a. – Ar ambiente
AAS – Ácido acetilsalicílico
AEC – Alteração do estado de consciência
AEM – Ambulância de Emergência Médica
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades da vida diária
bpm – Batimentos por minuto
BV – Bombeiros Voluntários
CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
CIAV – Centro de Informação Antivenenos
CCO – Consciente, colaborante, orientado/a
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVP - Cruz Vermelha Portuguesa
cpm – Ciclos por minuto
DAE – Desfibrilhador Automático Externo
DM 2 – Diabetes *Mellitus* tipo 2
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DRC – Doença renal crónica
DRGE - Doença de Refluxo Gastro-Esofágico
ECG 12D – Eletrocardiograma de 12 derivações
EOT – Entubação oro-traqueal
EV – Endovenoso
FA – Fibrilhação auricular
FC – Frequência cardíaca
FR – Frequência respiratória
GC – Glicemia Capilar
GNR – Guarda Nacional Republicana
HJS – Hospital São João
HSA-CHP – Hospital Santo António – Centro Hospitalar do Porto
HTA – Hipertensão Arterial
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IC – Insuficiência Cardíaca
MV – Murmúrio vesicular
MRC – Medical Research Council
NaCl – Cloreto de Sódio
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PLS – Posição Lateral de Segurança
PO - *per os* (por via oral)
PSP – Polícia de Segurança Pública

SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SCA – Síndrome Coronária Aguda
SDR – Sinais de dificuldade respiratória
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SL – Sublingual
SNC – Sistema Nervoso Central
SNG – Sonda nasogástrica
SpO2 – Saturação da hemoglobina medida por oximetria de pulso
SU – Serviço de Urgência
TA – Tensão Arterial
TAE – Técnico de Ambulância de Emergência
TCE – Traumatismo Crânio-encefálico
TOTE - Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência
TPC – Tempo de preenchimento capilar
TR – Triagem de Manchester
UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
VA – Via aérea
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice geral

Introdução:	1
▪ Motivações e objetivos do estágio	1
▪ Emergência Médica pré-hospitalar em Portugal	2
○ Etapas do Sistema Integrado de Emergência Médica	2
○ Emergência Médica pré-hospitalar: modelos de atuação	3
○ Abordagem inicial às vítimas	4
Resultados:	6
▪ Turno no Centro de Orientação de Doentes Urgentes - Norte	6
▪ Turnos em Ambulância de Emergência Médica	6
▪ Turnos em Ambulância de Suporte Imediato de Vida	11
▪ Turnos em Viatura Médica de Emergência e Reanimação	13
Discussão	23
Conclusões	26
Bibliografia	30
Anexos:	31
1. Breve história da Emergência Médica em Portugal	
2. Etapas do SIEM: A Estrela da Vida	
3. O papel do Centro de Orientação de Doentes Urgentes	
4. Rede Nacional de Meios de Emergência Médica	
5. Algoritmo de Avaliação Primária do Adulto	
6. Algoritmo de abordagem inicial nos Síndromes Coronários Agudos	
7. Algoritmos de SBV e de SAV no Adulto	
8. Declaração da realização de estágio	

INTRODUÇÃO

1. MOTIVAÇÕES E OBJETIVOS DO ESTÁGIO

No âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio” do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, realizei um estágio de observação em Emergência Médica Pré-Hospitalar.

Apesar do pouco contato que temos com esta área ao longo do curso, alguns professores foram conseguindo despertar-nos a curiosidade para este desafiante campo. Também a unidade curricular optativa de Emergência Médica (que tive o privilégio de frequentar) ajudou a fortalecer a vontade de ter uma experiência prática de rua em que os algoritmos de atuação pudessem “ganhar vida”.

O estágio foi realizado na Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), tendo como objetivos:

- Compreender a estrutura organizativa e logística do INEM e o funcionamento dos diferentes meios.
- Perceber o trabalho dos vários profissionais e a importância do trabalho em equipa;
- Contactar com situações de doença súbita e de trauma. Identificar situações urgentes e emergentes, aprendendo a agir nessas situações;
- Aprender técnicas *life-saving*, de reanimação e de estabilização de doentes críticos;
- Familiarizar-me com os protocolos de atuação mais comuns e aplicar os algoritmos de Suporte Básico de Vida (SBV) e de Suporte Avançado de Vida (SAV).

Teve uma duração de 81 horas, com a seguinte distribuição:

- 1 turno no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU Norte) – 3h/turno
- 2 turnos em Ambulância de Emergência Médica (AEM Porto 4) – 6h/turno
- 3 turnos em Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV Gondomar) - 6h/turno
- 8 turnos em Viatura Médica de Emergência (VMER Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP)) - 6 h/turno

Após breve apresentação do funcionamento da Emergência Médica pré-hospitalar em Portugal, serão descritas todas as ocorrências em que tive oportunidade de participar. Finalmente, apresentarei as conclusões mais importantes que retiro desta experiência.

2. EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR EM PORTUGAL

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) é um conjunto pluridisciplinar de meios e ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, programados de modo a possibilitar uma ação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de doença súbita, acidentes, ou catástrofes, nas quais a demora de medidas adequadas pode acarretar grave prejuízo para o doente (INEM, 2013). As diferentes entidades que o compõem incluem o INEM, a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR), os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), a Linha Saúde 24, os Hospitais e os Centros de Saúde.

O INEM é o organismo responsável por, em Portugal continental, coordenar o funcionamento do SIEM. Trata-se de um instituto público, dependente do Ministério da Saúde, dotado de autonomia administrativa e financeira. Inclui serviços centrais - Unidades Operacionais; de Apoio à Logística; e de Apoio à Gestão – e 3 delegações: Norte, Centro e Sul. Os marcos históricos mais importantes da criação do INEM são apresentados no Anexo 1.

2.1 Etapas do Sistema Integrado de Emergência Médica

Estabeleceram-se 6 etapas no funcionamento do SIEM (descritas no Anexo 2), que correspondem a cada haste da “Estrela da Vida”, símbolo internacional da Emergência Médica.



Figura I - Estrela da Vida com as etapas do SIEM (INEM, 2013)

O sucesso global de cada situação dependerá do sucesso de cada etapa individual. A articulação das diferentes etapas é responsabilidade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), central responsável pela triagem dos pedidos de socorro da área da saúde e pela mobilização dos recursos necessários. O funcionamento do CODU é apresentado no Anexo 3.

2.2 Emergência Médica Pré-Hospitalar: Modelos de Atuação

A Medicina de Emergência pré-hospitalar emergiu em contexto militar, motivada pela necessidade de triar e cuidar dos soldados feridos em batalha.



Figura II - Ambulância da Guerra Civil Americana

O seu início foi marcado por 2 modelos de ação que ainda hoje norteiam os sistemas de emergência pré-hospitalar modernos:

- Sistema Anglo-Saxónico “*Scoop and Run*”: após breve abordagem por paramédicos no local, preconiza o transporte rápido (dentro da “*golden hour*”) das vítimas até unidades de saúde onde possam receber intervenções médico-cirúrgicas adequadas.
- Sistema Franco-Germânico “*Stay and Play*”: prestação de cuidados diferenciados no terreno, com o intuito de evitar ou minimizar lesão de órgãos secundária à lesão/problema inicial e de promover uma mais estável chegada ao Hospital. Em certas situações, uma adequada estabilização poderá, inclusivamente, dispensar o transporte para o Hospital.

É de referir que estudos recentes no âmbito do trauma, em contexto urbano, parecem favorecer a abordagem “*Scoop and Run*” (e.g., Brown *et al*, 2016; Smith & Conn, 2009).

Uma opção produtiva será alternar entre as duas abordagens, em função da situação, estado da vítima, geografia do local, distância ao hospital e experiência dos profissionais. Efetivamente, a abordagem “*Play and Run*” serve de norte ao INEM: reconhecendo-se a necessidade de transporte célere, é também tido em conta que, em certas situações, será prioritária a estabilização no local.

Este procedimento é adotado sempre que seja considerado prioritário pelo quadro clínico, ou por qualquer outra razão válida (ex: transporte superior a 1h), sendo os cuidados prestados por uma equipa com formação especializada. Quando esta opção não está disponível, o transporte imediato é assegurado para um Serviço de Urgência (SU), ou para ir ao encontro de um meio mais diferenciado.

Para que tal seja possível, o INEM dispõe de uma rede nacional de veículos de emergência médica (apresentados no Anexo 4), com diferentes graus de complexidade.

2.2. Abordagem Inicial às Vítimas

De modo a tornar efetiva e segura a prestação de cuidados a abordagem inicial deve ser realizada de forma padronizada, com um grau de complexidade adequado à formação do profissional (INEM, 2012). A informação transmitida pelo CODU permite à equipa antecipar dificuldades, estimar a urgência da situação e planear linhas orientadoras de atuação.

A avaliação das condições de segurança constitui um passo prioritário, sendo necessário inferir a necessidade de medidas de proteção universal e identificar potenciais riscos.

A avaliação primária das vítimas visa identificar situações com risco de vida, mediante verificação sequencial das várias etapas ABCDE (em inglês), pela sua ordem de prioridade:

- *Airway* - Permeabilização da via aérea (VA) (e controlo coluna cervical se trauma)
- *Breathing* - Ventilação e oxigenação
- *Circulation* - Assegurar a circulação com controlo de hemorragia
- *Disability* - Disfunção neurológica
- *Expose/Environment* - Exposição com controlo de temperatura

Se identificada uma situação potencialmente ameaçadora da vida, esta deverá ser resolvida de imediato, antes da passagem para a etapa seguinte. O algoritmo da avaliação primária do adulto é apresentado no Anexo 5.

Após a estabilização primária, tem lugar a reavaliação dos parâmetros vitais e a recolha de informações sobre o incidente e a vítima, orientada pela abordagem SAMPLE (em inglês): *Signs and Symptoms, Allergies, Medications, Past Medical History, Last meal, Events that preceded the incident*. A avaliação secundária inclui ainda um exame físico sistematizado e sequencial de todos os segmentos corporais.

A avaliação deverá estar concluída nos primeiros 7-10 minutos.

Se necessário, o transporte deverá ser realizado em meio adequado e para a unidade de saúde mais adequada à situação. A vítima deverá ser monitorizada e a evolução do seu estado clínico reavaliada constantemente, de forma a poderem ser tomadas medidas preventivas em tempo útil.

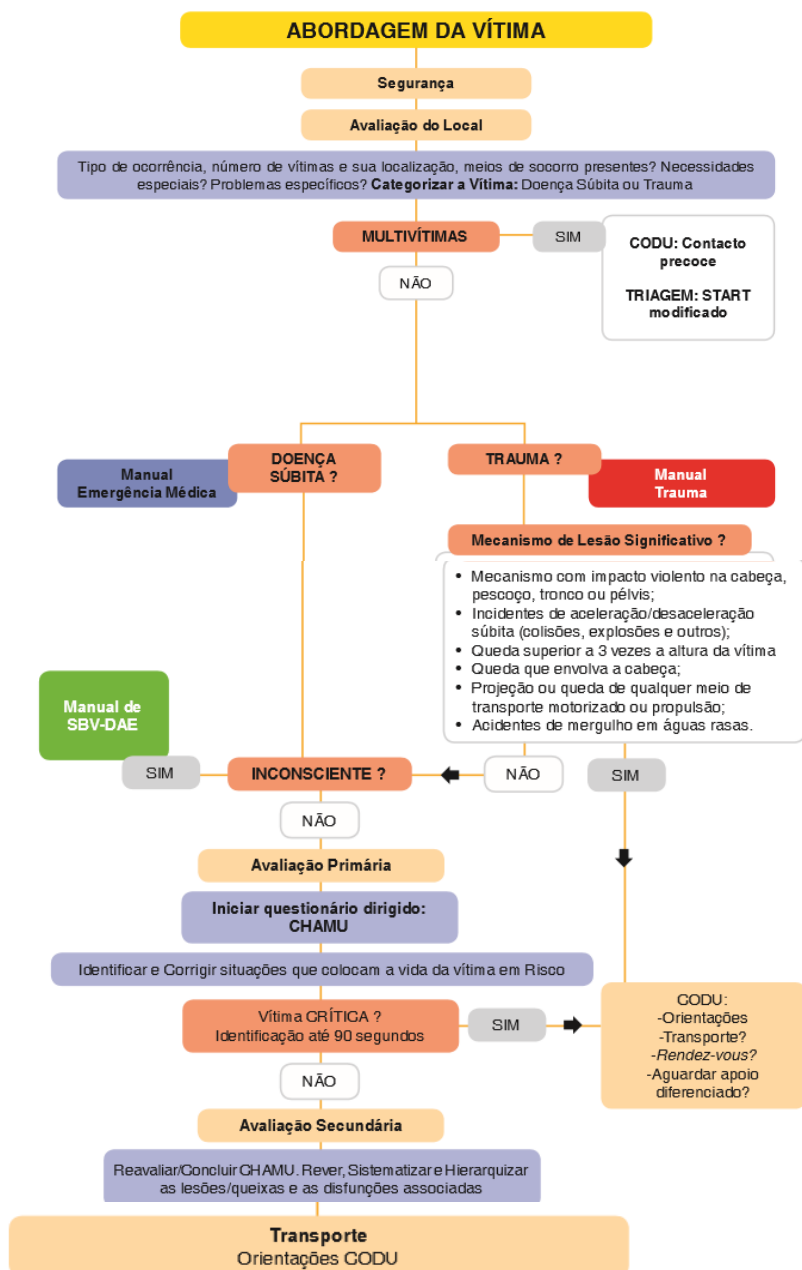


Figura III – Algoritmo Geral de Abordagem à Vítima (INEM, 2012)

RESULTADOS

São descritas todas as situações que testemunhei e onde, sempre que possível, participei ativamente.

CODU Norte (27/11/2016_ 15h-18h)

Após introdução aos postos existentes, fui alocada ao sector de atendimento. Pude constatar a enorme diversidade de situações expostas, bem como a diversidade da proveniência geográfica das chamadas. Presenciei a orientação de 38 chamadas, das quais 27 foram triadas como *Doença Súbita*, 5 como *Trauma*, 1 como *Intoxicação*, 3 como *PCR* e 2 como *Outros problemas*.

Acompanhei a progressão de diversos algoritmos clínicos, culminando na atribuição automática pelo sistema TETRICOSY® – *Telephonic Triage and Counseling System* de um nível de prioridade. Importa ressaltar que a atribuição de prioridade é validada pelos médicos reguladores do CODU, podendo ser alterada se o seu juízo clínico assim ditar.

Turnos AEM

▪ Porto 4 (26/11/2016_8h-20h)

1ª Ocorrência: Trauma **Ativação:**08h50 **Chegada:**9h00 **Local:** R. Belomonte, domicílio
CODU: Feminino, 79 anos. Queda, suspeita de trauma da coluna.

Antecedentes Pessoais (AP): Hipertensão Arterial (HTA); Autónoma nas atividades vida diária (AVD).

Medicação habitual: Bisoprolol; Medoxomilo + Hidroclorotiazida. **Alergias:** Nega.

Descrição: Queda da própria altura após tropeçar no tapete. Nega perda de conhecimento e traumatismo crânio-encefálico (TCE). À nossa chegada, deitada no leito (levantou-se e moveu-se sozinha), consciente, colaborante, orientada (CCO). Refere dor na região lombo-sagrada.

Avaliação: FR:20cpm. SpO₂ (ar ambiente (aa)):99%. FC: 76bpm. TA:130/99mmHg. Glasgow:15. Pupilas sem alterações. Sem alterações sensitivo-motoras aparentes. Glicemia capilar (GC):159mg/dl. Sem sinais externos de abrasão/equimoses.

Atitudes: Transporte para o HSA-CHP. Triagem de Manchester (TM): urgente.

Hipótese diagnóstica (HD): Queda da própria altura com traumatismo da região lombo-sagrada.

2ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**10h14 **Chegada:**10h20 **Local:** R. R. Ortigão, Hotel

CODU: Masculino, 50 anos. Alteração do estado de consciência (AEC).

AP: Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM 2) insulino-dependente.

Medicação habitual: Insulina Lispro 100 U/ml (antes das refeições, segundo esquema); Insulina Glargina 300 U/mL (30 U / ao deitar). **Alergias:** Nega.

Descrição: Alerta dado pelo Hotel. À nossa chegada, deitado no leito, sonolento, desorientado no tempo e no espaço discurso incoerente em inglês. Cumpre ordens simples. Na varanda encontra-se insulina e cartão de cidadão português.

Avaliação: FR:18cpm, respiração superficial. SpO₂ (aa):99%. FC:80bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:130/75mmHg. Extremidades pálidas, frias e húmidas, trémulas. Tempo Preenchimento Capilar (TPC) <2seg. Glasgow:13 (4O3V6M) Pupilas sem alterações. GC:55mg/dl.

Atitudes: 2 ampolas de glicose hipertónica a 30% *per os* (PO). Reavaliada GC:59mg/dl. Mais 2 ampolas de glucose hipertónica a 30% PO. Reavaliada GC:132mg/dl. Come pão com marmelada. Vígil, recupera orientação espaço-temporal. Etilizado na noite anterior, administrou dose excessiva de insulina. Transporte com monitorização de sinais vitais e do estado da consciência para o HSA-CHP. TM: muito urgente.

HD: Hipoglicemia moderada.

3ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**12h50 **Chegada:**12h58 **Local:** R. Camões, domicílio

CODU: Feminino, 80 anos. AEC.

AP: DM 2; HTA; Demência Senil, dependente AVD.

Medicação habitual: Metformina; Alprazolam; Risperidona. Recusa-se a tomar Ramipril.

Alergias: Nega.

Descrição: Desde ontem mais desorientada e agitada. Nega dispneia, dor torácica, vômitos, diarreia, febre. À nossa chegada, no leito, desorientada no tempo e no espaço, pouco colaborante, com comportamentos de desinibição.

Avaliação: FR:17cpm. SpO₂ SpO₂ (aa):97%. FC:83bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:195/90 mmHg. Pele sem alterações. TPC <2 seg. Pupilas sem alterações. Sem défices focais ou alterações sensitivo-motoras aparentes. GC:231 mg/dl. T (timpânica):36,5°C.

Atitudes: Transporte para o HSA-CHP. TM: muito urgente.

HD: Síndrome confusional agudo sobreposto a quadro demencial estabelecido – emergência hipertensiva?, infeção?, alteração metabólica?

4ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:** 14h **Chegada:** 14h06 **Local:** R. 31 de Janeiro, via pública
CODU: Masculino, 80 anos. Suspeita de AVC.

AP: AVC em 2013, sem sequelas. Autônomo AVD.

Medicação habitual: Nega. **Alergias:** Nega.

Descrição: Alerta realizado por lojista que notou na vítima “*fala arrastada*”. À nossa chegada, sentado numa cadeira, CCO, etilizado (forte odor a álcool e confirma ingestão de “*copos a mais*”. Sem queixas.

Avaliação: FR:15cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):98%. FC:77bpm. TA:139/77mmHg. Pele sem alterações. TPC <2seg. Ligeira disartria e desequilíbrio na marcha, sem défices focais ou outras alterações sensitivo-motoras aparentes. Pupilas sem alterações. GC:136 mg/dl.

Atitudes: Após recusa inicial, aceita transporte para o HSA-CHP. TM: não urgente

HD: Intoxicação aguda por etanol não complicada

5ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:** 14h50 **Chegada:** 14h55 **Local:** R. do Carmo - Hotel
CODU: Feminino, 55 anos. AEC.

AP: Nevralgia do glossofaríngeo

Medicação habitual: Amitriptilina; Carbamazepina; Tizanidina, em SOS; Tramadol, em SOS.

Alergias: Nega.

Descrição: Turista inglesa. Síncope com recuperação espontânea no contexto de crise dolorosa, com evolução de 3 dias, por nevralgia glossofaríngea. Sem alívio com medicação habitual. Nega dor torácica, convulsões, perda do controlo dos esfíncteres, TCE. À nossa chegada, deitada no leito, CCO, fácies de dor e choro. Episódios prévios de síncope em crises anteriores.

Avaliação: FR:17cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):99%. FC:88bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA: 10/60 mmHg. TPC <2seg. Pele e pupilas sem alterações.

Atitudes: Transporte para o HSA-CHP. TM: urgente

HD: Síncope no contexto de crise dolorosa por nevralgia glossofaríngea.

6ª Ocorrência: Trauma **Ativação:**16h **Chegada:**16h06 **Local:** R. Duque de Loulé, domicílio

CODU: Masculino, 46 anos. Queda de escadas.

AP: Heroinómano, em tratamento há 6 anos.

Medicação habitual: Metadona. **Alergias:** Nega.

Descrição: Tropeçou e caiu desamparado 10 degraus, tendo embatido com ombro e membro superior esquerdos. Nega TCE e perda do conhecimento. Levantou-se sozinho. À nossa chegada, sentado numa cadeira, CCO. Dores fortes no pulso esquerdo.

Avaliação: FR:20cpm, com respiração superficial. SpO₂ (aa):98%. FC:67bpm. TA:119/65 mmHg. Pálido e diaforético. TPC <2seg. Pupilas sem alterações. GC:139 mg/dl. Pulso esquerdo tumefacto e 2 escoriações com 4cm na palma da mão esquerda.

Atitudes: Transporte para o Hospital S. João (HSJ). TM: urgente

HD: Queda com traumatismo do pulso esquerdo.

7ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**17h12 **Chegada:**17h20 **Local:** Igreja dos Congregados

Outros meios presentes: VMER HSA-CHP

CODU: Masculino, não identificado, aparentando 40 anos. AEC.

AP: Alta há 7 dias de internamento em Psiquiatria. Encontrada junto da vítima prescrição (aparentemente não levantada) de lamotrigina, escitalopram e quetiapina.

Descrição: Encontrado deitado no chão da igreja, desconhecendo-se há quanto tempo estaria ali. À nossa chegada, vígil, com olhar ausente, não comunicativo. Perante tentativa de abertura de boca, cerra os dentes. Verbaliza uma única vez “*Quero morrer*”.

Avaliação: FR:12cpm. SpO₂ (aa):99%. FC:84bpm. TA:133/95mmHg. TPC <2seg. Pele e pupilas sem alterações. GC:79 mg/dl.

Atitudes: Transporte para o HSA-CHP. TM: pouco urgente

HD: Depressão psicótica? Ideação suicida.

8ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:** 19h **Chegada:** 19h09 **Local:** R. Stª Catarina, via pública

Outros meios presentes: VMER HSA-CHP.

CODU: Masculino, 64 anos. Dor torácica.

AP: DPOC com dispneia grau 2 (MRC); Fumador; Hérnia abdominal (recusou cirurgia).

Medicação habitual: Nega. **Alergias:** Nega.

Descrição: À nossa chegada, sentado, CCO. Dor de novo na região epigástrica, em aperto, intensidade 5/10, sem irradiação, com 2h de evolução. Surgiu em repouso. Agrava com a tosse, alivia com a imobilidade, sem relação com movimentos respiratórios. Nega dispneia, síncope, palpitações, náuseas, vômitos. Nega alterações no padrão habitual de tosse. Desconhece febre.

Avaliação: FR: 18cpm, sem SDR. SpO₂ (aa): 97%. AP: murmúrio vesicular (MV) ligeiramente diminuído nas bases, com sibilância difusa e crepitações bibasais. FC: 89bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA: 146/68mmHg. Pele sem alterações. TPC < 2 seg. Realizados 2 ECG 12 derivações (12d): ritmo sinusal. Pupilas sem alterações. GC: 134 mg/dl. T (timpânica): 37,4°C. Volumosa tumefação na linha branca epigástrica, dolorosa à palpação superficial, sem sinais inflamatórios externos. Abdómen sem sinais de irritação peritoneal.

Atitudes: Transporte para o HSA-CHP. TM: urgente

HD: Hérnia abdominal em risco de estrangulamento? Síndrome Coronário Agudo (SCA)?
Pneumonia em organização?

Turnos SIV

▪ SIV Gondomar (03/12/2016_8h-20h)

9ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**13h13 **Chegada:**13h20 **Local:** R. Ant. Varela, domicílio **Outros meios presentes:** VMER HSJ

CODU: Feminino, 82 anos. PCR.

AP: Insuficiência Cardíaca (IC); HTA; Dislipidemia; Autônoma AVD.

Descrição: PCR testemunhada pelas 13h. À nossa chegada, em PCR há aproximadamente 20 minutos, sem SBV.

Avaliação: Não respira, sem pulso. Cianosada. ECG: assistolia. Pupilas em midríase fixa.

Atitudes: SAV com intubação oro-traqueal (EOT) + 3 ciclos de adrenalina 1mg IV. Sem retorno à circulação espontânea, nem evolução para ritmo desfibrilhável. Óbito declarado às 13h35. Contactado Médico Assistente.

HD: Paragem Córdio-Respiratória (PCR) não revertida.

10ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**19h15 **Chegada:**19h25 **Local:** R. Camilo Castelo Branco, domicílio **Outros meios presentes:** BV do Porto

CODU: Masculino, 80 anos. Dispneia início súbito.

AP: Parkinson com demência; Acamado, dependente AVD.

Medicação habitual: Levodopa + Benserazida; Quetiapina; Clonazepam, **Alergias:** Nega.

Descrição: Após exteriorização involuntária da sonda naso-gástrica (SNG), durante a alimentação, terá feito pausa respiratória (+- 40seg) com cianose. Resolvida após estimulação torácica. À nossa chegada, no leito, sem sinais de sofrimento aparente, não comunicativo, sobreponível ao basal.

Avaliação: VA patente. FR:15cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):97%. AP: sem alterações. FC:60bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:106/56 mmHg. Pele sem alterações. TPC <2seg. Glasgow:9(3O1V5M) Pupilas sem alterações. GC:112 mg/dl. T (timpânica):36,5°C.

Atitudes: Recoloca-se SNG. Familiares não pretendem transporte para o hospital. Indica-se que, em caso de necessidade, poderão solicitar novamente ajuda

HD: Pausa respiratória por compromisso transitório da VA

▪ **SIV Gondomar (08/01/2017_14h-20h)**

11ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**16h30 **Chegada:**16h40 **Local:** Bairro do Cerco

Outros meios presentes: AEM Porto 2

CODU: Feminino, 54 anos. Dor torácica

AP: Sem antecedentes relevantes.

Medicação habitual: Nega. **Alergias:** Nega.

Descrição: À nossa chegada, deitada no leito, CCO, com bom estado geral. Dor de novo na região para-esternal direita, em moedeira, intensidade 4/10, sem irradiação, com 8 horas de evolução. Ontem fez esforços e pegou em pesos. Agrava com os movimentos bruscos e com a tosse, sem relação com movimentos respiratórios. Nega dispneia, síncope, náuseas, vômitos, hipersudorese.

Avaliação: FR:13cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):99%. AP: sem alterações. FC:73bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:120/80mmHg. TPC <2seg. ECG 12d: ritmo sinusal. Pele e pupilas sem alterações. Dor à palpação profunda do 5º espaço intercostal direito.

Atitudes: Transporte para o HSA-CHP em AEM.

HD: SCA? Dor de etiologia neuromuscular? Nevralgia intercostal?

12ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**19h32 **Chegada:**19h40 **Local:** Quartel BV S. Pedro da Cova **Outros meios presentes:** BV S. Pedro da Cova

CODU: Feminino, 33 anos. Palpitações

Sem antecedentes relevantes. Nega medicação habitual e alergias.

Descrição: Iniciou há 30 min quadro de palpitações, sem outras queixas. Nega síncope, lipotímia, dor torácica, dispneia, hipersudorese, náuseas, vômitos. Episódios similares prévios, esporádicos, de menor intensidade. Desconhece história familiar de patologia cardíaca. À nossa chegada, deitada em maca, CCO, com bom estado geral.

Avaliação: FR:18cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):99%. AP: sem alterações. FC:223bpm (pulso regular, acelerado). TA:130/85 mmHg. Pele sem alterações. TPC <2seg. ECG 12d: flutter auricular? (QRS=0,182s, monomórfico, regular). GC:120 mg/dl.

Atitudes: Manobra de Valsalva modificada, sem resposta. Após bólus adenosina 6mg EV, reversão sustentada para ritmo sinusal. Transporte para o HSA-CHP. TM: urgente.

HD: Taquicardia Supra Ventricular paroxística

Turnos VMER

- **VMER HSA-CHP (04/12/2016_14h-20h):** sem ativações.
- **VMER HSA-CHP (11/12/2016_8h-20h)**

13ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**10h37 **Chegada:**10h50 **Local:** R. Santa Marta, domicílio **Outros meios presentes:** BV Valongo, SIV Valongo,

CODU: Feminino, 19 anos. PCR

AP: Mielomeningocelo; Tetraplegia; Hidrocefalia; Com vida de relação.

Descrição: Encontrada pelas 10h30 em PCR de tempo indeterminado. Vista pela última vez com vida pelas 00h30. À nossa chegada, em SBV há 7 min.

Avaliação: Cianosada, rigidez cervical e mandibular, pupilas em midríase fixa. ECG 12d: assistolia.

Atitudes: Atendendo ao tempo incerto de PCR e sinais de morte, SAV não iniciado
Óbito declarado às 11h. Autoridade no local.

HD: PCR não revertida.

14ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**12h10 **Chegada:**12h20 **Local:** Bairro do Cerco, domicílio **Outros meios presentes:** AEM Porto 4

CODU: Masculino, 75 anos. Hematemeses.

AP: Neoplasia prostática avançada, a realizar quimioterapia. Fumador 60 UMA.

Medicação habitual: Bromazepam. **Alergias:** Nega.

Descrição: Hemoptises desde há 3 dias, no contexto de acessos de tosse não produtiva. Nega dispneia, dor torácica, suores noturnos. À nossa chegada, doente no leito, CCO, prostrado.

Avaliação: FR:15cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):96%. AP: MV diminuído na base esquerda, sem ruídos adventícios. FC:89bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:142/94 mmHg. Pálido, extremidades quentes e secas. TPC <2seg. Pupilas sem alterações. GC:157 mg/dl.

T (timpânica):37,5°C

Atitudes: Transporte para o HSJ em AEM.

HD: Hemoptises - secundárias a metástase prostática? infecção respiratória? neoplasia pulmonar? pneumonia em evolução? bronquiectasias? tuberculose?

15ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**13h00 **Chegada:**13h09 **Local:** R. Antunes

Guimarães, lar idosos **Outros meios presentes:** AEM Porto 2

CODU: Feminino, 92 anos. AEC.

AP: HTA; Doença Renal Crônica; Fibrilhação Auricular (FA), hipocoagulada. Depressão. Acamada, dependente AVD, com vida de relação.

Medicação habitual: Omeprazol; Valsartan + Hidroclorotiazida; Furosemida; Amiodarona; Nebivolol; Varfarina; Alprazolam; Mirtazapina; Sertralina. **Alergias:** Desconhecidas.

Descrição: Prostração e disartria ligeira com evolução de 4h. Queda da cama há 8 dias, não tendo ido ao Hospital, alegadamente sem TCE. Funcionária do lar nega perda da consciência, vômitos e diarreia, desconhece diurese. À nossa chegada, doente no leito, fácies de sofrimento, gemido. Hematomas periorbitários bilateralmente (Sinal de Guaxinin).

Avaliação: VA patente. FR:30cpm, respiração superficial. SpO₂ (aa):66%. AP: sem alterações. FC:58bpm (pulso filiforme, irregular). TA:81/42mmHg. Extremidades cianosadas, frias e húmidas. TPC > 2seg. ECG 2d: ritmo sinusal, com extrassístoles. Glasgow:10 (3O2V5M). Pupilas sem alterações. GC:183mg/dl. T (timpânica):36,5°C. Hematomas extensos na grade costal, bilateralmente, e no flanco esquerdo. Abdómen doloroso com defesa à palpação.

Atitudes: NaCl 0,9% (500ml) + O₂ (15L/min) máscara de alto débito. Reavaliada TA:66/28mmHg. Efedrina 10mg EV. Reavaliada TA:58/28mmHg. Repete efedrina 10mg EV. Reavaliada TA:83/58mmHg. Transporte para o HSA-CHP com monitorização contínua e acompanhamento médico. TM inicial muito urgente, retriada depois para emergente tendo dado entrada na sala de emergência.

HD: Fratura da base do crânio. Choque - mecanismo misto? hipovolémico secundário a hemorragias internas? neurogénico secundário a TCE / trauma vertebro-medular? Abdómen agudo?

16ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**17h35 **Chegada:**17h40 **Local:** Aliados, via pública

Outros meios presentes: AEM Porto 2

CODU: Masculino, não identificado, aparentando 42 anos. AEC.

AP: Nega. **Medicação habitual:** Nega **Alergias:** Desconhecidas.

Descrição: Queda desamparada da própria altura. Sem TCE. À nossa chegada, vítima em posição lateral de segurança (PLS), com olhar ausente, imóvel, não comunicativo.

Avaliação: VA patente. FR:12cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):95%. AP: sem alterações. FC:100bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:130/90mmHg. Pele sem alterações. TPC <2 seg. ECG 12d:

ritmo sinusal. Glasgow:6(4O1V1M). Desvio conjugado do olhar para cima, pupilas dilatadas, reativas à luz. GC:130 mg/dl..

Atitudes: 02 (6L/min) máscara de alto débito + Diazepam 5mg EV. Recuperação rápida do estado de consciência, orientado no tempo e no espaço, colaborante. Sem memória do sucedido, nega episódios prévios. Novo episódio de AEC, revertido após Diazepam 5mg EV. Transporte para o HSA-CHP com acompanhamento médico. TM: muito urgente.

HD: Crises de ausência?'

17ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**19h50 **Chegada:**20h00 **Local:** R. C. Real, domicílio

Outros meios presentes: AEM Porto 3

CODU: Feminino, 85 anos. PCR

AP: Asma; Doença coronária; Autônoma AVD.

Descrição: Encontrada pelas 19h20 em PCR de tempo indeterminado. Vista pela última vez com vida pelas 18h. À nossa chegada, sem medidas de SBV.

Avaliação: Não respira, sem pulso. Pele cianosada, pupilas em midríase fixa. ECG: assistolia.

Atitudes: Atendendo ao ritmo e ao tempo incerto de PCR, SAV não iniciado.

Óbito declarado às 20h05. Contactado Médico Assistente.

HD: PCR não revertida.

18ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**20h26 **Chegada:**20h35 **Local:** Gondomar, domicílio

Outros meios presentes: BV Valadares

CODU: Masculino, 57 anos. PCR.

AP: HTA. Dislipidemia. DM 2. Cardiopatia isquémica (ICP em 2015).

Descrição: Ofegante ao chegar a casa. PCR presenciada há 15min. À nossa chegada, em medidas de SBV com DAE há 5min, sempre em ritmo não desfibrilhável.

Avaliação: Não respira, sem pulso. Pele cianosada. ECG: assistolia. Pupilas em midríase fixa.

Atitudes: SAV com EOT + 2 ciclos de adrenalina 1mg EV. Retorno à circulação espontânea durante 1min, ECG 12d: bradicárdico, ritmo juncional, sem alterações da repolarização. Nova PCR. 2 ciclos de adrenalina 1mg EV, sem evolução para ritmo desfibrilhável. Óbito declarado às 20h55. Autoridade no local.

HD: PCR não revertida. Arritmia? SCA?

▪ **VMER HSA-CHP (17/12/2016_8h-20h)**

19ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**8h **Chegada:**09h08 **Local:** Pedrouços, domicílio

Outros meios presentes: BV Pedrouços

CODU: Masculino, 81 anos. Dor torácica.

AP: DM 2; Dislipidemia; HTA; Cardiopatia isquémica (ICP em 2013); FA paroxística, hipocoagulado; Hipotireoidismo; Depressão; Autônomo AVD.

Medicação habitual: Pantoprazol; Metformina; Rosuvastatina; Bisoprolol; Lisinopril; Furosemida; Amiodarona; Varfarina; Trinitrato de glicerilo (transdérmico); Levotiroxina; Sertralina. **Alergias:** Domperidona.

Descrição: À nossa chegada, deitado no leito, CCO. Dor retro-esternal de novo, constante, em aperto, intensidade 6/10, com irradiação para pescoço e ombro esquerdos, com 3h de evolução. Agrava com esforço. Associada a náuseas e hipersudorese. Nega síncope, dispneia, vômitos, tosse.

Avaliação: FR:20cpm, respiração superficial. SpO₂ (aa):87%. AP: sem alterações. FC:68bpm (pulso irregular, amplo). TA:180/85 mmHg – esta manhã não tomou medicação. Extremidades pálidas e frias. TPC <2seg. ECG 12 d: ritmo sinusal. GC:136 mg/dl (jejum).

Atitudes: Bólus Morfina 3mg EV + O₂ (5L/min) + Nitroglicerina 0,5mg sub-lingual (SL) + Ondansetron 4mg EV. Repete-se ECG 12d: má qualidade, supra ST V2-V3? Transporte com monitorização contínua e acompanhamento médico para o HSJ. TM: muito urgente.

HD: SCA?

20ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**11h20 **Chegada:**11h30 **Local:** Gondomar, domicílio

Outros meios presentes: SIV Gondomar

CODU: Feminino, 78 anos. Dor torácica.

AP: DRGE; DM 2; HTA. Dislipidemia; Cardiopatia isquémica (ICP em 2010). Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo + Bloqueio Aurículo-Ventricular completo, portadora de pacemaker. Depressão. Litíase Renal. Autônoma AVD.

Medicação habitual: Esomeprazol; Sitagliptina + Metformina; Indapamida; Ácido Acetilsalicílico (AAS); Rosuvastatina; Mirtazapina; Sertralina; Lorazepam. **Alergias:** Nega.

Descrição: À nossa chegada, deitada no leito, CCO. Dor retro-esternal de novo, constante, em aperto, intensidade 4/10, sem irradiação, com 1,5 horas de evolução. Agrava com esforço. Nega síncope, dispneia, náuseas, vômitos, palpitações, tosse. Segundo a filha hoje mais ansiosa do que o habitual, pois faz um ano que o marido morreu.

Avaliação: FR:22cpm, respiração superficial. SpO₂ (aa):99%. AP: sem alterações. FC:62bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:160/95 mmHg.. Extremidades pálidas, frias e húmidas. TPC <2seg. ECG 12d: ritmo sinusal, com raras extrassístoles e complexos de fusão. GC:124mg/dl (jejum). Pupilas sem alterações. T (timpânica):37,1°C.

Atitudes: Bólus Morfina 3mg EV + O₂ (5L/min) + Nitroglicerina 0,5mg SL. Transporte com monitorização contínua e acompanhamento médico para o HSA-CHP. TM: muito urgente.

HD: SCA? Arritmia? Ativação emocional?

21ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**13h30 **Chegada:**13h39 **Local:** R. Fernando Azeredo, domicílio. **Outros meios presentes:** BV Porto.

CODU: Feminino, 86 anos. Dispneia

AP: Cardiopatia isquémica. IC. DRC. HTA. Depressão. Mobilidade reduzida, dependente AVD.

Medicação habitual: Omeprazol; Lisinopril; Furosemida; Dinitrato de Isossorbida, em SOS; Paracetamol + Tramadol, em SOS; Escitalopram; Trazodona. **Alergias:** Nega.

Descrição: A recuperar de infeção respiratória. Desde manhã mais prostrada do que o habitual, recusa alimentação. À nossa chegada, sentada na cadeira, olhar ausente, não comunicativa.

Avaliação: FR:22cpm, com tiragem supra-clavicular. SpO₂ (aa):74%. AP: MV presente bilateralmente, roncos difusos. FC:64bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:115/53 mmHg. Extremidades pálidas, frias, secas, trémulas. TPC < 2seg. GC: 124 mg/dl. Pupilas sem alterações. T (timpânica): 37,4°C.

Atitudes: O₂ (15L/min) máscara de alto débito, registando-se subida da SpO₂: 95%. Transporte para o HSJ.

HD: Infeção respiratória não resolvida?

22ª Ocorrência: Trauma **Ativação:**14h10 **Chegada:**14h06 **Local:** Av. Brasil, via pública

Outros meios presentes: AEM Porto 4

CODU: Colisão entre carro e mota, ferido 1 masculino de 34 anos.

Sem antecedentes relevantes. Nega medicação habitual e alergias.

Descrição: Um carro colidiu com a moto onde seguia, tendo sido projetado desta cerca de 5 metros. TCE ligeiro, sem perda de consciência. Levantou-se sozinho após o acidente e tirou o capacete. À nossa chegada, CCO. Dores fortes no punho esquerdo, sem outras queixas.

Avaliação: FR: 20cpm, sem SDR. SpO₂ (aa): 100%. FC:62bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:156/94 mmHg. Extremidades pálidas, frias e húmidas. TPC <2seg. Glasgow:15. Pupilas sem alterações. Sem alterações neurológicas aparentes. Múltiplas escoriações no joelho direito, sinais de abrasão nos 2 antebraços. Punho esquerdo tumefacto, doloroso à palpação superficial.

Atitudes: Imobilização em plano duro com colar cervical. Imobilização do antebraço esquerdo. Transporte para o HSJ. Confirma-se que ocupantes do carro não necessitam de cuidados.

HD: Acidente em moto com projeção, TCE ligeiro. Fratura punho esquerdo.

23ª Ocorrência: Outra **Ativação:**16h07 **Chegada:**16h23 **Local:** R. Bocas, Sº Pedro da Cova, domicílio **Outros meios presentes:** SIV Gondomar + BV S. Pedro da Cova.

CODU: Masculino, 48 anos. Enforcamento

AP: Toxicodependente. Divórcio e falecimento da mãe há 2 meses. Depressão?

Descrição: Encontrado no pátio do domicílio pelas 16h, em suspensão completa no estendal da roupa, sem sinais aparentes de vida. Visto pela última vez com vida às 12h. À nossa chegada, em SBV com DAE há 15min, mantendo-se em ritmo não desfibrilhável. Laço (fio metálico com cerca de 0,5 cm de diâmetro) em torno do pescoço, com duas voltas.

Avaliação: Cianosado. Pupilas em midríase fixa. ECG 12d: Assistolia.

Atitudes: Dado o tempo incerto de PCR e sinais de morte SAV não iniciado. Óbito declarado às 16h35. Autoridade no local.

HD: Suicídio.

24ª Ocorrência: Doença súbita **Ativação:**18h30 **Chegada:**18h35 **Local:** R. do Cativo, via pública. **Outros meios presentes:** AEM Porto 4

CODU: Feminino, 53 anos. Dispneia agudizada.

AP: Psicose; DPOC com dispneia grau 2 (MRC); Cirrose hepática. **Medicação habitual:** Quetiapina. **Alergias:** Nega.

Descrição: Desde ontem agravamento progressivo para dispneia em repouso, associada a tosse com expetoração esverdeada e pieira. Nega dor torácica, ortopneia, DPN. Sem outras queixas.

Avaliação: FR:22cpm, com tiragem supra e infra-clavicular. SpO₂ (aa):84%. AP: MV presente bilateralmente com roncos e sibilos difusos. FC:90 bpm. TA:121/181 mmHg. Extremidades cianosadas e frias, secas. TPC <2seg. T (timpânica):38,1°C.

Atitudes: O₂ (3L/min) por cânula nasal com elevação da SpO₂ para 92%. Transporte para o HSA-CHP.

HD: DPOC agudizada por infecção respiratória

25ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**19h27 **Chegada:**19h42 **Local:** R. da Escola, Foz do Sousa, lar de idosos **Outros meios presentes:** BV Valbom, SIV Gondomar

CODU: Feminino, 85 anos. PCR

AP: HTA. Cardiopatia isquémica (AVC em 2014). IC. Acamada, dependente AVD.

Descrição: PCR presenciada pelas 19h, com SBV (com DAE) há 20min, sem retorno à circulação espontânea nem evolução para ritmo desfibrilhável.

Avaliação: Não respira, sem pulso. Pele cianosada, pupilas em midríase fixa. ECG: assistolia.

Atitudes: Atendendo às comorbidades e ao ritmo de PCR SAV não iniciado.

Óbito declarado às 19h50. Contactado Médico Assistente.

HD: PCR não revertida.

▪ **VMER HSA-CHP (18/12/2016_14h-20h)**

26ª Ocorrência: Doença súbita **Ativação:**14h52 **Chegada:**15h05 **Local:** Mafamude, domicílio.

Outros meios presentes: BV Avintes.

CODU: Feminino, 52 anos. AEC.

AP: HTA; Cardiopatia isquémica (AVC há 4 anos); Patologia depressiva / ansiosa.

Medicação habitual: Perindopril + Indapamida; Nebivolol; AAS; Bromazepam; Fluoxetina; Zolpidem; Clorazepato de potássico. **Alergias:** Nega.

Descrição: Desde manhã episódios de choro intenso, inconsolável. Episódios prévios similares. À nossa chegada, deitada no leito, não comunicativa, olhar ausente. Progressivamente capaz de cumprir ordens e de responder a questões simples, orientada tempo/espço, pouco colaborante.

Avaliação: FR:18cpm. SpO₂ (aa):97%. AP: sem alterações. FC:70bpm. TA:189/104mmHg – não tomou antihipertensores. Pele sem alterações. TPC <2seg. ECG 12d: Ritmo sinusal. GC:123mg/dl. Pupilas sem alterações. Sem alterações neurológicas aparentes.

Atitudes: Captopril 25mg SL. Reavaliada TA:179/80mmHg. Transporte com acompanhamento médico para o Hospital Santos Silva. TM: urgente.

HD: Crise ansiosa. Urgência hipertensiva.

27ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**19h15 **Chegada:**19h30 **Local:** Matosinhos, domicílio

Outros meios presentes: BV S. Mamede de Infesta

CODU: Masculino, 83 anos. PCR.

AP: Linfoma 1º do SNC em estudo. Autônomo AVD.

Descrição: Encontrado pelas 19h05 em PCR de tempo indeterminado. Visto pela última vez com vida às 18h30. À nossa chegada, sem medidas de SBV.

Avaliação: Não respira, sem pulso. Pele cianosada. Pupilas em midríase fixa. ECG 12d: assistolia.

Atitudes: Atendendo às comorbilidades, ritmo e tempo indeterminado de PCR, SAV não iniciado.

Óbito declarado às 19h35. Autoridade no local.

HD: PCR não revertida.

28ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**19h40 **Chegada:**19h55 **Local:** Lavra, domicílio

Outros meios presentes: BV Matosinhos

CODU: Masculino, 80 anos. PCR.

AP: DM 2. Amputado bilateralmente. Dependente AVD.

Descrição: Encontrado pelas 19h30 em PCR de tempo indeterminado. Visto pela última vez com vida pelas 19h00. À nossa chegada, em medidas de SBV há 23min.

Avaliação: Não respira, sem pulso. Pele cianosada. Pupilas em midríase fixa. ECG: assistolia.

Atitudes: Atendendo às comorbilidades, ritmo e tempo indeterminado de PCR, SAV não iniciado.

Óbito declarado às 20h. Contactado Médico Assistente.

HD: PCR não revertida.

▪ **VMER HSA-CHP (14/01/2017_8h-20h)**

29ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**12h08 **Chegada:**12h22 **Local:** R. Mesquita da Câmara, domicílio **Outros meios presentes:** BV Porto.

CODU: Feminino, 93 anos. Dispneia de início súbito

AP: Demência senil. Acamada, dependente AVD.

Medicação habitual: Pantoprazol 20 mg (1cp/dia em jejum), Sertralina 50 mg (1cp / dia).

Alergias: Nega.

Descrição: Acesso de tosse durante a alimentação, parecendo fazer pausa respiratória, após o qual iniciou um quadro sugestivo de convulsões dos membros durante +-1min, apresentando cianose labial. Com mordedura da língua e perda do controlo dos esfíncteres. Seguiu-se prostração. À nossa chegada, deitada no leito, prostrada, não comunicativa.

Avaliação: VA permeável. Sangue na boca, sinais de mordedura anterior da língua. FR:15cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):94%. AP: sem alterações. FC:89bpm. TA:150/83mmHg. Extremidades quentes, TPC <2seg. ECG 12d: ritmo sinusal. Glasgow: 11(4O2V5M) Pupilas sem alterações. Sem lateralização motora. GC:130 mg/dl. T° (timpânica):37°C

Atitudes: Sugerido transporte para o HSA-CHP para esclarecimento do quadro. Filha recusou transporte, pretende que a Mãe vá para Hospital privado. Informa-se a filha dos riscos inerentes ao transporte em ambulância não devidamente diferenciada. Assina termo de responsabilidade

HD: Crise convulsiva tónico-clónica generalizada - secundária a hipoxia por compromisso da VA, alterações hidroelectrolíticas, AVC?

30ª Ocorrência: Outra **Ativação:**13h50 **Chegada:**13h55 **Local:** Churrasqueira, Lg. Soares dos Reis **Outros meios presentes:** AEM Porto 4

CODU: Feminino, 40 anos. Suspeita de eletrocussão

Nega antecedentes pessoais relevantes. Nega medicação habitual e alergias.

Descrição: Colegas referem que quando tocou no frigorífico gritou, caminhou 3 passos e caiu amparada pelas próprias mãos em decúbito ventral. Sem perda da consciência. À chegada da VMER, sentada no solo, CCO, apelativa. Afirma que sofreu choque elétrico.

Avaliação: FR:28cpm, respiração superficial. SpO₂ (aa) 99%. AP: sem alterações. FC:89bpm. TA:172/94mmHg. Extremidades quentes, TPC <2seg. ECG 12d: ritmo sinusal. Pupilas sem alterações. GC:102 mg/dl. Sem sinais externos de queimadura cutânea.

Atitudes: Monitorização. Após conversa na ambulância, mais calma e eupneica com normalização da TA:130/85mm Hg. Exaustão no trabalho devido a conflitos com a chefia. Seguiu para o HSJ em AEM.

HD: Simulação? Crise conversiva? Exaustão física e psicológica + ansiedade.

31ª Ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**15h05 **Chegada:**15h15 **Local:** Guifões, domicílio

Outros meios presentes: BV Leça do Balio

CODU: Masculino, 85 anos. Dispneia.

AP: DM 2. Autónomo AVD.

Medicação habitual: Insulina Glargina. **Alergias:** Nega.

Descrição: Desde há 2 dias com dispneia de novo aos médios esforços e tosse com expectoração mucopurulenta de difícil libertação. Associadas a mal-estar, mialgias e calafrios. Desconhece febre. Nega dor torácica, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Nega náuseas, vômitos e diarreia. À chegada da VMER, encontra-se no leito, CCO.

Avaliação: FR:18cpm, sem SDR. SpO₂ (aa) 97%. MV presente bilateralmente, com crepitações finas bibasais. FC:98bpm. TA:170/90mmHg. Pele sem alterações. TPC <2seg. ECG 12d: ritmo sinusal. Pupilas sem alterações. GC:110 mg/dl. T° (timpânica):37,5°C

Atitudes: Transporte para o Hospital Pedro Hispano em ambulância.

HD: Infecção respiratória baixa?

32ª Ocorrência: Trauma **Ativação:**18h54 **Chegada:**19h05 **Local:** Av. de França, via pública.

Outros meios ativados: BV S. Mamede de Infesta

CODU: Masculino, 70 anos. TCE.

AP: Angor.

Medicação habitual: Nega. **Alergias:** Nega.

Descrição: Queda da própria altura na via pública com TCE ligeiro. À chegada da VMER, em PLS, consciente, orientado tempo/espaço, não colaborante, aparentemente etilizado.

Avaliação: FR:14cpm, sem SDR. SpO₂ (aa):98%. FC:98bpm (pulso regular, amplo, simétrico). TA:148/77mmHg. Pele sem alterações. TPC <2seg. Pupilas sem alterações. GC:101 mg/dl. Ferida incisa linear, com cerca de 3cm, na região parietal esquerda.

Atitudes: Monitorização. Desinfecção ferida + penso compressivo. Transporte para o HSA-CHP.

HD: TCE em homem de 70 anos, aparentemente etilizado. Ferida incisa região parietal esquerda.

DISCUSSÃO

Procurarei refletir globalmente sobre esta experiência, tendo como referencial os objetivos a que me propus:

- **Compreender a estrutura organizativa e logística do INEM e o funcionamento dos diferentes meios**

As horas passadas no CODU, para mim paradoxalmente as mais física e emocionalmente exigentes de todo o estágio, permitiram sentir na pele a enorme complexidade do trabalho aqui desenvolvido. Destaco o exigente trabalho dos TOTE, a quem cabe fazer a ponte entre os requisitos de um racional sistema informático e a informação transmitida, de forma compreensivelmente emotiva e desorganizada, por quem telefona. Dificultando a tarefa, as condições sonoras de algumas chamadas são péssimas.

Um fator de grande tensão é o facto de a triagem apenas poder ter início após localização geográfica, sendo questionada a freguesia. Contudo, a maioria das pessoas desconhece esta necessidade, como também que o atendimento é feito por qualquer um dos 4 CODUs, dando muitas vezes indicações que apenas são úteis para quem conhece a zona.

É ainda notório o desconhecimento da população geral relativo a termos determinantes para a triagem da gravidade (ex: “inconsciente” tende a ser confundido com desorientação, agressividade, agitação, sonolência...).

O contacto com 3 meios distintos (AEM, SIV, VMER) permitiu ter noção do crescente grau de gravidade das respetivas ativações. Nos 3 foi-me dado a conhecer o material disponível, tendo participado na revisão da *check-list* diária.

- **Compreender o trabalho dos vários profissionais e a importância do trabalho em equipa**

Em 26 das ocorrências estiveram presentes diversas entidades (entre meios INEM, Bombeiros e GNR). Tal permitiu compreender o trabalho específico que corresponde a cada um, bem como limites de atuação.

Saliento o profissionalismo e camaradagem que pautou a maior parte das colaborações, numa clara sinergia de esforços. Exemplo disto é a sintonia que tem de existir entre as equipas que estão a realizar SBV e as equipas que vão iniciar SAV, sendo necessário articular gestos sem prejuízo das manobras em curso. Como negativo, aponto termos esperado um tempo considerável pela Autoridade em 3 ocorrências, ficando o meio INEM inoperacional para outras ativações.

Acompanhei o transporte e a receção hospitalar de 14 vítimas, tendo testemunhado como a equipa pré-hospitalar procura transmitir o melhor possível as informações pertinentes à equipa hospitalar. Nas ocorrências 16, 19, 20 e 26 acompanhei o Médico do INEM à Sala de Observação, assistindo à passagem de dados aos colegas do SU. Na ocorrência 15 assisti a uma pertinente discussão entre o Médico do INEM e o Enfermeiro da Sala de Emergência, relativa ao facto de a doente ter ou não indicação para ser admitida nesta sala.

- **Contactar com situações de doença súbita e de trauma. Identificar situações urgentes e emergentes, aprendendo a agir nessas situações;**

Observei 26 ativações por doença súbita, incluindo 7 por PCR, 4 suspeitas de SCA e 5 quadros de dispneia (2 por compromisso transitório da VA e 3 por quadros respiratórios).

Destaco a diversidade de quadros subjacentes às AEC (ex: hipoglicemia, convulsões, crise de ausência, emergências hipertensivas...). Senti como particularmente desafiantes as situações de descompensação psicológica (ocorrências 7 e 26), tendo-me questionado sobre qual seria a melhor abordagem para estes doentes no SU.

Assisti a 4 situações de trauma, uma das quais por acidente de viação. Percebi a importância da avaliação hemodinâmica, monitorização e adequada imobilização em plano duro, com controlo cervical, perante suspeita de politraumatismo. Lamentavelmente, foi evidente o desconhecimento dos vários presentes relativo à importância destes cuidados (em todas as situações as vítimas haviam-se movido antes da chegada da equipa de emergência).

- **Aprender técnicas *life-saving*, de reanimação e de estabilização de doentes críticos**

Acompanhei a avaliação ABCDE tendo realizado auscultação pulmonar e cardíaca, avaliação hemodinâmica, pesquisa de glicemia, colocação de elétrodo para ECG e respetiva leitura e ajudado na imobilização em plano duro. Participei ativamente na recolha das histórias clínicas (em 2 situações foi necessário falar inglês, língua não dominada pelos Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) presentes).

Acompanhei o processo de pré-estabilização perante 2 suspeitas de SCA (ocorrências 19 e 20), tendo constatado a importância da analgesia rápida e da manutenção de uma boa oxigenação. O algoritmo da abordagem inicial aos SCA encontra-se no Anexo 6.

Também nas situações de hipoglicemia (ocorrência 2) e de aparente crise de ausências (ocorrência 16) pude assistir à rápida recuperação do estado de consciência após administração, respetivamente, de glicose PO e de diazepam EV.

Como especialmente marcante destaco o quadro de choque (ocorrência 15), não responsivo ao aporte de volume e ao suporte aminérgico realizados durante o transporte, tendo depois testemunhado as tentativas de estabilização (sem sucesso) da doente na Sala de Emergência. É verdade que a idade avançada da doente e as suas várias comorbilidades não auguravam um desfecho otimista. Contudo, o facto da queda sem TCE relatada pela Funcionária não ser totalmente compatível com as lesões apresentado pela doente deixou-nos bastante apreensivos sobre as condições do lar.

- **Familiarizar-me com os protocolos de atuação mais comuns e aplicar algoritmos de SBV e de SAV**

Assisti 6 vezes a manobras de SBV, tendo realizado compressões cardíacas externas (ocorrência 9) e ventilações (ocorrência 18). Assisti a SAV em 2 situações (ocorrências 9 e 18). Os algoritmos de SBV e de SAV encontram-se no Anexo 7.

Assisti à verificação de 8 óbitos, tendo ficado a conhecer as formalidades seguidas (contacto com o Médico assistente ou chamada da Autoridade ao local).

CONCLUSÕES

Durante o estágio participei em 32 ocorrências (8 - AEM, 4 - SIV e 20 -VMER). Observei 26 vítimas de doença súbita, 4 de trauma, uma suspeita de eletrocussão e um enforcamento. Os motivos das 32 ocorrências são apresentados no Gráfico I.

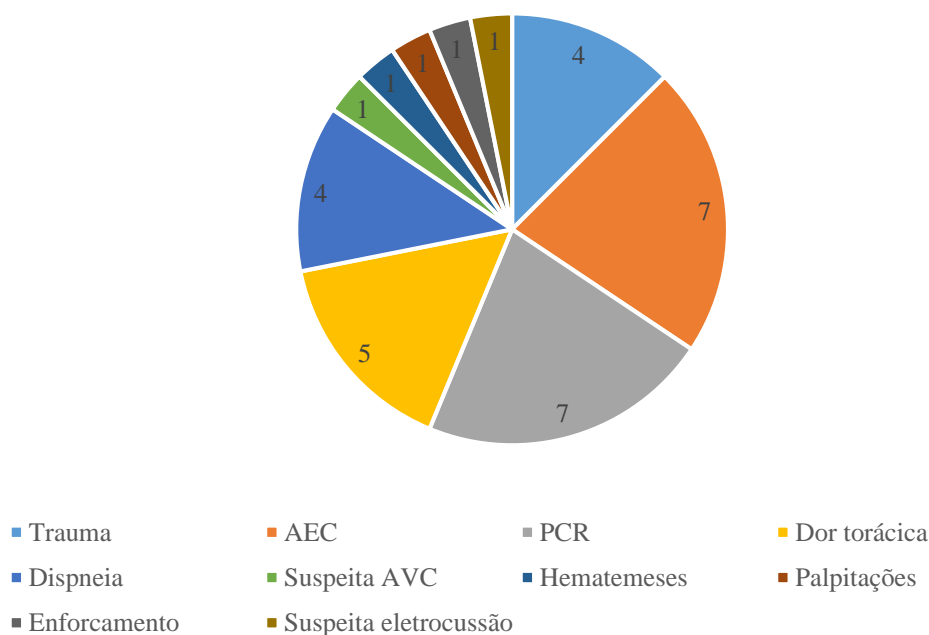


Gráfico I – Motivos de Ativação

Assisti a 7 cenários de PCR, participei em manobras de SBV e assisti a SAV.

Um resumo das diferentes ativações por meio é apresentada na Tabela I.

Tabela I - Caracterização de saídas por meio

	VMER	SIV	AEM	Total
Doença Súbita	16	4	6	26
Trauma	2	0	2	4
Outras	2	0	0	2
Total	20	4	8	32

18 foram assistidos no domicílio, 10 em locais públicos, 2 em quartos de hotel e 2 em lares. Tinham idades compreendidas entre os 19 e os 93 anos (idade média 65 anos).

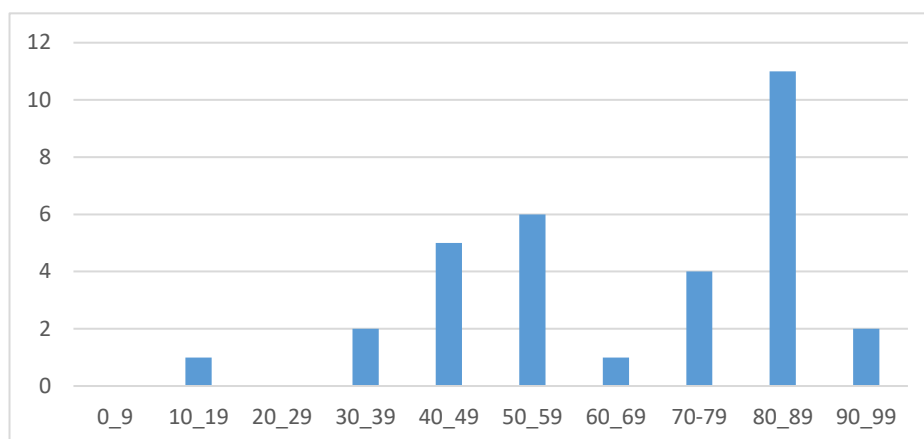


Gráfico II – Distribuição das vítimas por faixa etária

22 foram transportadas para o hospital, 5 vezes com acompanhamento médico. Houve 8 verificações de óbito. Um resumo dos diferentes desfechos é apresentada na Tabela II.

Tabela II - Desfecho das ativações por meio

	VMER	SIV	AEM	Total
Transporte ambulância	7	2	8	17
Ambulância com médico	5	0	0	5
Permanência domicílio	1	1	0	2
Óbito	7	1	0	8

Passar pelo CODU e pelos 3 meios permitiu-me perceber a organização e funcionamento da engrenagem, desde que alguém liga 112 até à receção hospitalar. O processo de ativação de meios e a articulação entre profissionais desenrolaram-se o melhor possível, tendo a maioria tido uma evolução favorável.

Apercebi-me que nem sempre a informação transmitida por quem liga para o 112 é fidedigna, sendo necessário *in loquo* reavaliar a gravidade e ajustar a conduta a seguir. Várias vezes a situação revelou-se menos grave do que o antevisto com base na informação dada pelo CODU. No entanto, o contrário pode também acontecer, pelo que a atribuição dos níveis de prioridade segue uma abordagem defensiva, mesmo se à custa de menor economia de meios / custos.

Destaco o rápido raciocínio clínico e destreza de atuação dos Médicos, Enfermeiros e TAE com que contactei. Todos se mostraram disponíveis para me transmitirem conhecimentos e esclarecerem dúvidas, procurando envolver-me ao máximo na prestação de cuidados.

Desconhecia que os Médicos que trabalham na VMER o fazem no seu tempo livre, extra horário hospitalar. Percebo que assim seja, pois é necessária flexibilidade, resistência física e uma grande resiliência emocional para gostar desta área. Contudo, não sendo as contrapartidas financeiras particularmente atraentes (apesar do risco envolvido), a engrenagem acaba por ficar dependente do empenho pessoal dos profissionais e da sua generosidade para abdicar do seu tempo de descanso e em família (incluindo em datas “críticas” do calendário).

Apercebi-me que muitos dos Médicos são Internos, constituindo a VMER um contexto formativo único, em que aprendem a gerir o seu próprio *stress* e a tomar decisões em condições imprevisíveis e de grande pressão.

Assisti à comunicação de más notícias pela 1ª vez no meu percurso como aluna de Medicina. Algumas mortes deram-se poucos dias antes do Natal, tornando tudo mais difícil. Destaco a calma e empatia dos profissionais envolvidos. Em duas situações havia crianças presentes e recordo o cuidado que houve em assegurar que não eram expostas às manobras de reanimação, disponibilizando-se um TAE para ficar a acompanhá-las, explicando-lhes o que se passava de forma adequada à sua capacidade de compreensão.

Um aspeto que poderia ser melhorado, é o facto de, após a declaração do óbito raramente ter sido feito um esforço para deixar o cadáver “apresentável” para a família. Cobrir o corpo (muitas vezes nu ou semi-nu) e retirá-lo do chão, assegurando que todo o material usado nas manobras é retirado, são pequenos gestos que ajudam a trazer alguma humanidade e dignidade à morte.

Percebi a importância de assegurar condições de segurança, pois alguns ambientes podem ser bastante hostis. Compreensivelmente, os familiares acabam por descarregar na equipa de emergência toda a frustração e impotência que sentem perante a doença / morte do familiar. É pertinente referir, contudo, que as acusações se prendem essencialmente com o tempo de espera ao ligar 112 (que não é responsabilidade do INEM...).

Para que a ativação de meios pudesse ser sempre feita de modo rápido e eficaz, com economia de meios, seria imprescindível ter uma população devidamente (in)formada (sensibilização via media e Escola) sobre:

- Como funciona o número geral de emergência
- Situações com indicação para o INEM
- Situações em que bastará aconselhamento pela Linha Saúde 24, ou em que devem dirigir-se a uma unidade de saúde pelos seus próprios meios
- Como notificar adequadamente uma situação clínica
- Medidas gerais de pré-socorro, incluindo SBV

Poderiam assim ser reforçados os três passos inaugurais do SIEM (Detecção, Alerta, Pré-Socorro), altamente determinantes do sucesso das restantes etapas.

Finalmente, se algumas das situações invocaram, e puseram à prova, conhecimentos adquiridos ao longo destes 6 anos, outras confrontaram-me com o muito que ainda não sei e motivaram-me a ir para casa estudar. Quando motivado pelos doentes que vamos encontrando à nossa frente, o estudo tende a ser sempre mais interessante e rentável do que o desprovido de “matéria humana” pelo que considero que este estágio foi uma ótima experiência de aprendizagem.

Bibliografia

- Brown, JB, Rosengart, MR, Forsythe, RM, et al. Not all prehospital time is equal: Influence of scene time on mortality. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2016;81:93-100.
- Carneiro A, et al. Manual do Curso de Evidência na Emergência. 2011; 4ª Edição Pfizer: 219-25.
- Coates, WC. An Educator's Guide to Teaching Emergency Medicine to Medical Students. *Academic Emergency Medicine*. 2004;11:300–306.
- Decreto-Lei nº 234/81. Diário da República, Série I. Nº 176(03-08-81). Pág 1983.
- INEM. Manual de Suporte Avançado de Vida. 2011; 2ª Edição.
- INEM. Manual SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica. 2013; 1ª Edição.
- INEM. Manual TAS/TAT: Abordagem à vítima. 2012; 1ª Edição.
- European Society for Emergency Medicine - www.eusem.org.
- Instituto Nacional de Emergência Médica - www.inem.pt.
- Smith, RM & Conn, AK. Prehospital care - Scoop and run or stay and play? *Injury*. 2009; 40 (Suppl 4):23-6.

ANEXOS

Anexo 1

Breve história da Emergência Médica em Portugal

O reconhecimento crescente da importância dos acidentes enquanto problema grave de saúde pública (principal causa de morte, invalidez e ocupação hospitalar entre os 3 e os 65 anos), levou à criação do INEM em 1981 (Decreto-lei 234/81 de 3 de agosto).

A título histórico, é de referir que o primeiro serviço de transporte de vítimas de acidentes na via pública foi criado em 1965 em Lisboa, tendo-se alargado progressivamente ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro. A PSP era então o organismo responsável por este serviço, que se limitava a encaminhar os doentes para o hospital mais próximo. A sua ativação era feita mediante chamada telefónica para o número 115.

Em 1971, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), responsável pela prestação de primeiros socorros e pelo transporte de sinistrados e doentes. A formação dos primeiros tripulantes ficou a cargo da CVP, sendo as viaturas tripuladas por agentes da PSP em Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal e por corporações de Bombeiros no resto do país. O SNA passou também a coordenar o número 115. Com o seu progressivo alargamento para todo o país, foram desenvolvidos meios de telecomunicações mais eficazes, capazes de tornar o número 115 acessível a toda a população.

Em 1980 foi criado o Gabinete de Emergência Médica (GEM) com o objetivo de desenvolver um SIEM, tendo sido celebrado um protocolo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América no sentido de ser estabelecido um programa de formação em emergência médica pré-hospitalar. Na sequência do trabalho do GEM, surge um ano mais tarde o INEM. Este absorveu o SNA e o GEM, tendo o Dr. Francisco Rocha da Silva, Médico Cardiologista, assumido então a presidência do instituto. São realizados os primeiros cursos de formação em Técnicas de Emergência Médica, dirigidos a médicos e enfermeiros.

Em 1982 é criado o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), que tem como missão prestar aconselhamento em casos de intoxicações agudas ou crónicas.

A criação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), em 1987, possibilitou a medicalização do sistema passando a existir triagem telefónica qualificada e supervisão médica ao trabalho desenvolvido no terreno. Um ano mais tarde, a prestação de socorro que até então, por condicionamentos logísticos, estava limitada à via pública, estende-se ao domicílio

Em 1989 surgiu a primeira viatura médica de emergência e reanimação (VMER), sediada em Lisboa, para prestar cuidados diferenciados em situações de extrema urgência, no domicílio, ou na via pública, e para dar apoio ao transporte de doentes em ambulâncias de socorro.

O CODU-MAR, subsistema que presta aconselhamento médico a emergências que se verifiquem a bordo de embarcações passou a existir em 1990.

Outros marcos históricos relevantes incluem a introdução em 1997 dos Helicópteros de Emergência Médica, a criação em 2001 do Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar, a criação em 2003 do Centro de Intervenção e Planeamento de Situações de Exceção (CIPSE), estrutura focada no planeamento na área da catástrofe, a criação em 2004 do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) e a implementação, no mesmo ano, do Programa de Desfibrilhação Automática Externa (DAE).

A partir de 2006, os CODU tornaram-se capazes de dar resposta a todo o território continental, com todas as chamadas 112 referentes à saúde a serem triadas por profissionais de saúde com formação específica (INEM, 2013). Mais recentemente, é de referir a introdução em 2016 de compressores cardíacos automáticos – LUCAS – em VMERs selecionadas do Norte do País.

Por último, importa destacar que, de forma a permitir a uniformização internacional do recurso aos meios de emergência médica, o número 112 tornou-se, desde 2008, o único número de emergência que pode ser usado de qualquer telefone fixo, móvel ou telefone público para aceder gratuitamente aos serviços de emergência em qualquer país da União Europeia.

Anexo 2

Etapas do SIEM: A Estrela da Vida

Estabeleceram-se 6 etapas no funcionamento do SIEM que correspondem a cada haste da “Estrela da Vida”, símbolo internacional da emergência médica.



Figura IV - Estrela da Vida com as etapas do SIEM (INEM, 2013)

Detecção - Momento em que uma pessoa, geralmente sem conhecimentos médicos, se apercebe da existência de uma situação de emergência.

Alerta - Para o funcionamento adequado de toda a cadeia é fundamental que quem presencia a ocorrência seja capaz de reconhecer a sua gravidade e saiba ativar o sistema, ligando 112.

Pré-socorro - Ações simples, ministradas pela população geral, que visam minimizar o risco de complicações até à chegada dos meios de socorro diferenciados.

Socorro - Cuidados de emergência iniciais de estabilização das vítimas.

Transporte - Transporte até uma Unidade de Saúde adequada.

Tratamento na Unidade de Saúde - Transição da vítima para o contexto hospitalar, encarada como um *continuum* na prestação de cuidados (a equipa de emergência pré-hospitalar é responsável pela passagem da vítima para a equipa recetora).

Anexo 3

O papel do Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Quando alguém liga 112, o atendimento cabe à PSP e à GNR nas centrais de emergência. Sempre que o motivo se prende com saúde, a chamada é encaminhada para um dos 4 CODUs existentes (Lisboa, Porto, Coimbra e Faro).

A chamada é gratuita e está acessível de qualquer ponto do país, a qualquer hora.

O seu funcionamento é assegurado 24 horas por dia por médicos e técnicos qualificados com formação específica. Para o efeito, o CODU dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes.

A cada situação é atribuído um nível de prioridade de acordo com a gravidade clínica, proximidade e acessibilidade ao local da ocorrência, sendo mobilizado o(s) meio(s) mais indicado(s) que estejam disponíveis.

Lista de Prioridades CODU:

0. Acionamento direto de VMER e Ambulância (PCR);
1. Acionamento de VMER e Ambulância;
2. Proposta de acionamento de VMER e Ambulância;
3. Acionamento de Ambulância;
4. Proposta de acionamento de Ambulância;
5. Proposta de outro tipo de transporte;
6. Proposta de observação de médico/médico assistente;
7. Proposta de aconselhamento a permanecer no domicílio;
8. Prioridade inicial da Triagem;
9. Acionamento direto de Ambulância (Inconsciente ou acidente de viação)

Depois de acionados o(s) meio(s), o CODU mantém-se em estreito contato com os diversos intervenientes, assegurando o acompanhamento das equipas de socorro no terreno através da atualização constante dos dados clínicos.

Cabe ainda ao CODU selecionar e preparar a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino. No caso de não ser necessário enviar uma ambulância ou outro meio INEM são dadas informações sobre a melhor forma do doente ser transportado para uma unidade de saúde adequada. Os casos que não necessitam de cuidados hospitalares poderão ser referenciados para a linha telefónica Saúde 24.

Quando são triadas situações do foro psicológico ou psiquiátrico, as chamadas são encaminhadas para o CAPIC que integra uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe.

Anexo 4

Rede Nacional de Meios de Emergência Médica

Ambulância de Emergência Médica (AEM)

As AEM têm como missão a deslocação rápida de uma equipa de emergência médica pré-hospitalar (2 TAE) até ao local, a estabilização clínica das vítimas e o transporte assistido para o serviço de urgência (SU) mais adequado. Estão sediadas em bases do próprio INEM e dispõem de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica, indispensável ao cumprimento dos algoritmos de decisão médica definidos pelo INEM e aprovados pela Ordem dos Médicos.

Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)

A tripulação das SIV é composta por Enfermeiro e TAE. Tem por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida (SAV) Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma AEM, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento existente permite a transmissão de electrocardiograma (ECG) e sinais vitais para o CODU

Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)

Tem por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida (SAV) integrando a sua tripulação um Enfermeiro e um TAE. Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma AEM, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos, sendo possível a transmissão de sinais vitais e de electrocardiograma de 12 derivações (ECG 12d) para o CODU.

Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

Têm base hospitalar e destinam-se ao transporte rápido de uma equipa médica até ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de SAV. O seu principal objetivo consiste na estabilização e no acompanhamento médico durante o transporte em situações emergentes.

Motociclo de Emergência Médica

Meio vocacionado para o trânsito citadino, permitindo chegar rapidamente ao local. Transporta um DAE, O₂, adjuvantes da via aérea (VA) e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar (GC) e outros materiais de SBV. Este material permite ao Técnico do INEM adotar as medidas iniciais necessárias à estabilização da vítima, até que estejam reunidas as condições para um eventual transporte.

Ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP)

Serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde. As ambulâncias dispõem de uma tripulação constituída por um Médico, um Enfermeiro e um TAE. Estão equipadas com todo o material necessário à estabilização de doentes dos 0 aos 18 anos de idade.

Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE)

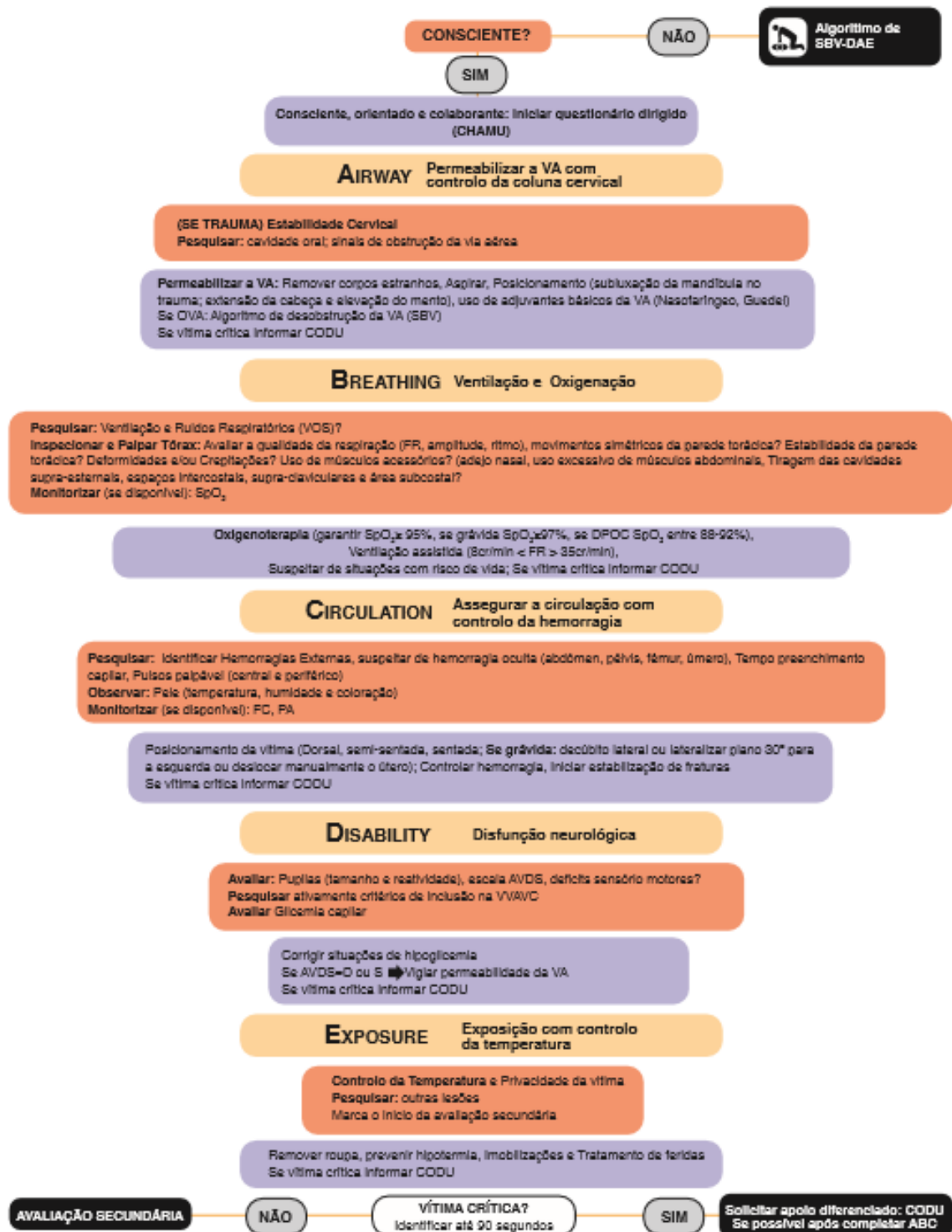
Equipa de psicólogos clínicos que integram o CAPIC. Intervêm com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros.

Helicóptero de Emergência Médica

São usados com o intuito de deslocar de forma célere um Médico e um Enfermeiro até ao local da ocorrência, de forma a assistir e transportar até uma Unidade de Saúde adequada doentes considerados graves. Podem ser igualmente usados no transporte inter-unidades de saúde, bem como no transporte de órgãos para transplantação.

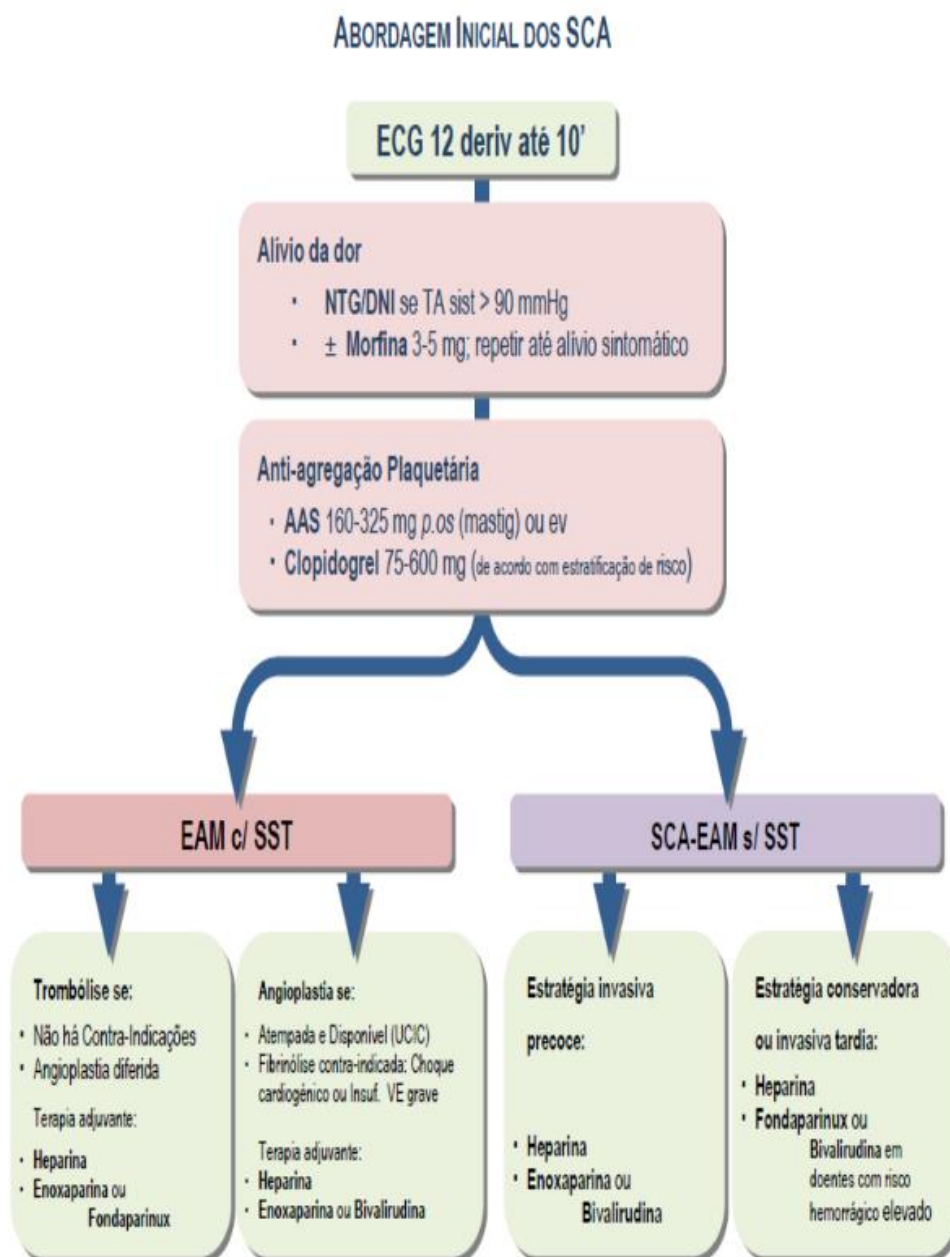
Anexo 5

Algoritmo de Avaliação Primária do Adulto



Anexo 6

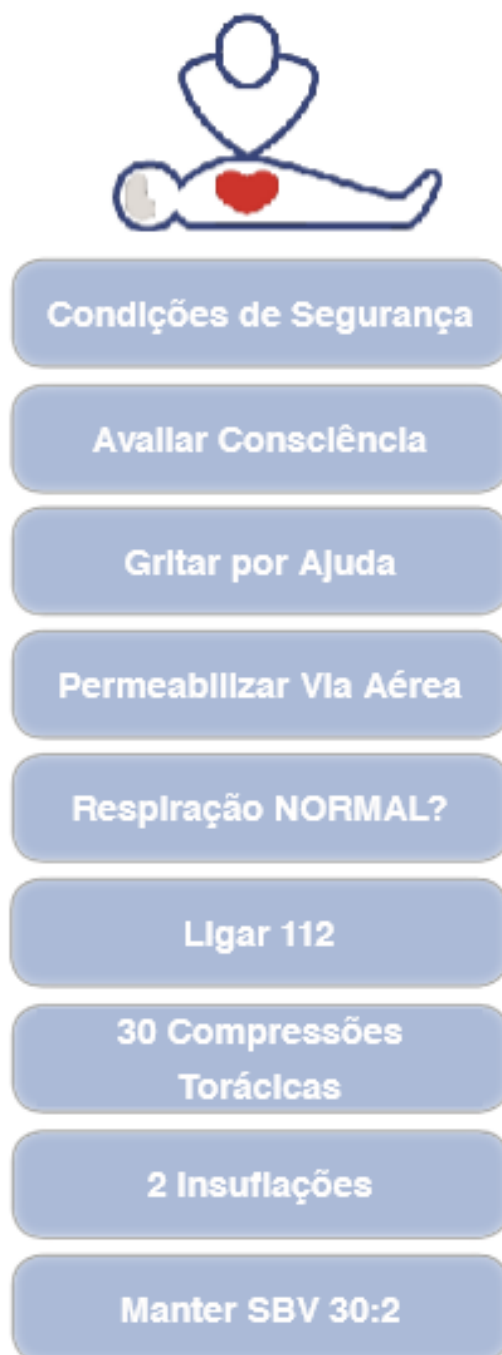
Algoritmo de abordagem inicial nos Síndromes Coronárias Agudas



Fonte: Manual de Suporte Avançado de Vida, INEM 2011, 2ª Edição

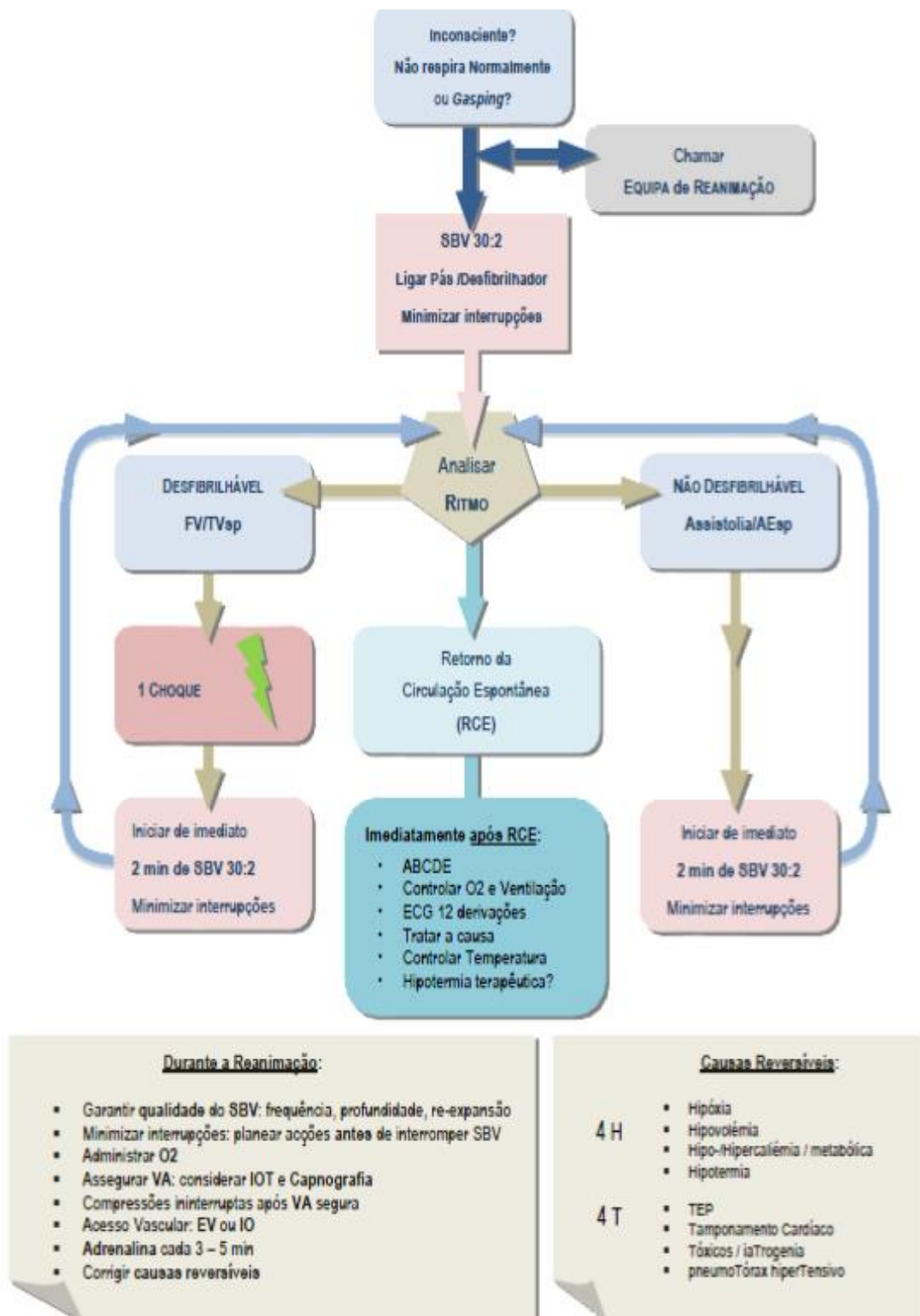
Anexo 7

Algoritmo de Suporte Básico de Vida no Adulto



Fonte: Manual de Suporte Básico de Vida, INEM 2012, 2ª Edição

Algoritmo de Suporte Avançado de Vida no Adulto



Fonte: Manual de Suporte Avançado de Vida, INEM 2011, 2ª Edição

Anexo 8

Declaração da realização de estágio de observação

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Joana Branco de Carvalho Braga Maia**, com o número de identificação 12301553, realizou os estágios, em meios INEM, abaixo descritos.

Tipo	Meio	Data	Horário
Observação	Ambulância de Emergência Médica	26.Novembro.2016	8:00 - 20:00
Observação	Centro de Orientação de Doentes Urgentes	27.Novembro.2016	16:00 - 19:00
Observação	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	3.Dezembro.2016	8:00 - 20:00
		8.Janeiro.2017	14:00 - 20:00
Observação		4.Dezembro.2016	14:00 - 20:00
		11.Dezembro.2016	8:00 - 20:00
		17.Dezembro.2016	8:00 - 20:00
		18.Dezembro.2016	14:00 - 20:00
		14.Janeiro.2017	8:00 - 20:00
Total de Horas			81

Centro de Formação da DR do Norte, 11 de Maio de 2017

O Assistente Técnico

